

## **RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES**

**INCLUANT LES RENSEIGNEMENTS POUR LE PATIENT SUR LE  
MÉDICAMENT**

**NMS•IR®**

Comprimés de sulfate de morphine  
à libération immédiate  
5 mg, 10 mg, 20 mg et 30 mg

Norme de Purdue Pharma

Analgésique opioïde

**CECI N'EST PAS UNE MONOGRAPHIE DE PRODUIT**

Purdue Pharma  
575 Granite Court  
Pickering (Ontario)  
L1W 3W8

Date de révision :  
26 février 2018

N° de contrôle de la présentation : 211411

MS•IR® est une marque de commerce de Purdue Pharma.

## TABLE DES MATIÈRES

<b>PARTIE I : RENSEIGNEMENTS POUR LE PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ.....</b>	<b>3</b>
RENSEIGNEMENTS SOMMAIRES SUR LE PRODUIT .....	3
INDICATIONS ET UTILISATION CLINIQUE .....	3
CONTRE-INDICATIONS .....	3
MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS .....	4
EFFETS INDÉSIRABLES .....	14
INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES .....	16
POSOLOGIE ET ADMINISTRATION.....	18
SURDOSAGE.....	22
MODE D'ACTION ET PHARMACOLOGIE CLINIQUE .....	23
CONSERVATION ET STABILITÉ .....	26
INSTRUCTIONS PARTICULIÈRES DE MANIPULATION .....	26
FORMES POSOLOGIQUES, COMPOSITION ET CONDITIONNEMENT .....	26
<b>PARTIE II : RENSEIGNEMENTS SCIENTIFIQUES.....</b>	<b>27</b>
RENSEIGNEMENTS PHARMACEUTIQUES .....	27
RÉFÉRENCES .....	28
<b>RENSEIGNEMENTS POUR LE PATIENT SUR LE MÉDICAMENT .....</b>	<b>30</b>

**NMS•IR®**  
comprimés (sulfate de morphine)

**PARTIE I : RENSEIGNEMENTS POUR LE PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ**

**RENSEIGNEMENTS SOMMAIRES SUR LE PRODUIT**

<b>Voie d'administration</b>	<b>Forme posologique et teneur</b>	<b>Ingrédients non médicinaux</b>
Orale	Comprimés à libération immédiate à 5, 10, 20 et 30 mg	Croscarmellose sodique, hydroxypropylméthylcellulose, lactose, stéarate de magnésium, cellulose microcristalline, polyéthylène glycol 400

**INDICATIONS ET UTILISATION CLINIQUE**

**Adultes**

Les comprimés **MS•IR®** (sulfate de morphine) sont indiqués pour le soulagement de la douleur intense.

**Personnes âgées (> 65 ans)**

En général, la dose doit être déterminée avec prudence chez une personne âgée et il convient de commencer par la plus faible dose de la gamme posologique et de l'augmenter progressivement, en tenant compte de la fréquence plus élevée d'altération de la fonction hépatique, rénale ou cardiaque, des maladies concomitantes ou des autres traitements médicamenteux (voir **MODE D'ACTION ET PHARMACOLOGIE CLINIQUE**, **Populations et pathologies particulières**, **Personnes âgées**).

**Enfants (< 18 ans)**

L'innocuité et l'efficacité de **MS•IR** n'ont pas été étudiées chez les enfants. Par conséquent, l'utilisation de **MS•IR** n'est pas recommandée chez les patients de moins de 18 ans.

**CONTRE-INDICATIONS**

- Patients hypersensibles au principe actif (morphine), aux autres analgésiques opioïdes ou à tout autre ingrédient de la préparation. Pour obtenir une liste complète des ingrédients, voir la section **FORMES POSOLOGIQUES, COMPOSITION ET CONDITIONNEMENT** des Renseignements thérapeutiques.
- Patients atteints d'occlusion gastro-intestinale mécanique ou que l'on soupçonne d'en être atteints (par exemple, une occlusion intestinale, un rétrécissement), de toute maladie ou de tout trouble qui affecte le transit intestinal (par exemple, un iléus de n'importe quel type).

- Patients que l'on soupçonne d'être atteints d'abdomen aigu (par exemple, une appendicite ou une pancréatite aiguës).
- Patients souffrant de douleurs légères qui peuvent être prises en charge par d'autres analgésiques.
- Patients atteints d'asthme bronchique aigu ou grave, d'un trouble obstructif chronique des voies respiratoires ou d'un état de mal asthmatique.
- Patients souffrant de dépression respiratoire aiguë, d'une hausse des taux de dioxyde de carbone (CO<sub>2</sub>) dans le sang, et de cœur pulmonaire.
- Patients atteints d'alcoolisme aigu, de delirium tremens et de troubles convulsifs.
- Patients atteints d'une grave dépression du système nerveux central (SNC), d'une augmentation de la pression céphalorachidienne ou intracrânienne et/ou d'un traumatisme crânien.
- Patients atteints d'arythmies cardiaques.
- Patients qui prennent des inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO) (ou dans les 14 jours d'un tel traitement).
- Femmes qui allaitent ou qui sont enceintes, ou au cours du travail et de l'accouchement (voir **MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS IMPORTANTES** et **MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS**).

## MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS

### MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS IMPORTANTES

#### Restrictions concernant l'utilisation

En raison des risques de toxicomanie, d'abus et de mésusage liés à l'utilisation des opioïdes, même aux doses recommandées, et des risques de surdose et de décès avec les préparations opioïdes à libération immédiate, les comprimés MS•IR (sulfate de morphine) doivent être utilisés uniquement chez les patients pour qui les autres options thérapeutiques (p. ex., les analgésiques non opioïdes) se sont révélées inefficaces, ne sont pas tolérées ou ne seraient pas en mesure de fournir un soulagement approprié de la douleur (voir POSOLOGIE ET ADMINISTRATION).

#### Toxicomanie, abus et mésusage

MS•IR présente des risques de toxicomanie, d'abus et de mésusage liés à l'utilisation des opioïdes pouvant entraîner une surdose et la mort. Avant de prescrire MS•IR, il faut évaluer les risques pour chaque patient, et tous les patients doivent être surveillés de manière régulière afin de prévenir l'apparition de ces comportements ou affections (voir **MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS**). MS•IR doit être entreposé dans un endroit sûr pour en éviter le vol ou le mésusage.

### **Dépression respiratoire menaçant le pronostic vital; SURDOSE**

Une dépression respiratoire grave, menaçant le pronostic vital ou mortelle pourrait survenir avec l'utilisation de MS•IR. L'exposition du fœtus *in utero* ou du nourrisson par le biais du lait maternel est associée à un risque de **dépression respiratoire menaçant le pronostic vital pendant l'accouchement ou l'allaitement, respectivement**. Les patients doivent faire l'objet d'une surveillance médicale pour déceler les signes de dépression respiratoire, particulièrement à l'instauration du traitement par MS•IR ou à la suite d'une augmentation de la dose.

Les comprimés MS•IR doivent être avalés entiers. Le fait de couper, briser, écraser, mâcher ou dissoudre les comprimés MS•IR peut entraîner des effets indésirables dangereux, y compris la mort (voir MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS). Il convient en outre de renseigner les patients au sujet des risques liés à la prise d'opioïdes, incluant celui d'une surdose mortelle.

### **Exposition accidentelle**

Même une seule dose de MS•IR ingérée de manière accidentelle, en particulier par un enfant, peut donner lieu à une surdose mortelle de morphine (pour connaître les directives relatives à une élimination adéquate, voir POSOLOGIE ET ADMINISTRATION, Élimination).

### **Syndrome de sevrage néonatal associé aux opioïdes**

L'emploi prolongé de MS•IR par la mère pendant la grossesse peut causer un syndrome de sevrage néonatal associé aux opioïdes, un trouble pouvant mettre la vie en danger (voir MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS).

### **Interaction avec l'alcool**

La prise concomitante d'alcool et de MS•IR doit être évitée parce qu'elle peut entraîner des effets additifs dangereux pouvant causer des troubles graves ou la mort (voir MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS et INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES).

### **Risques liés à l'utilisation concomitante de benzodiazépines ou d'autres dépresseurs du SNC**

L'utilisation concomitante d'opioïdes et de benzodiazépines ou d'autres dépresseurs du SNC, incluant l'alcool, peut entraîner une sédation profonde, une dépression respiratoire, un coma ou la mort (voir MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS, Système nerveux, et INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES).

- Réserver la prescription concomitante de MS•IR et de benzodiazépines ou d'autres dépresseurs du SNC aux patients à qui les options thérapeutiques de rechange ne conviennent pas.
- Limiter la dose et la durée du traitement au minimum nécessaire.
- Surveiller étroitement les signes et les symptômes de dépression respiratoire et de sédation chez ces patients.

## **Généralités**

**On doit aviser les patients de ne pas donner MS•IR® à d'autres personnes que le patient à qui on l'a prescrit, car un tel usage inapproprié peut entraîner de graves conséquences médicales, y compris la mort. MS•IR doit être entreposé dans un endroit sûr pour en éviter le vol ou le mésusage.**

**MS•IR doit être prescrit uniquement par des professionnels de la santé qui connaissent bien l'administration continue d'opioïdes puissants, la prise en charge des patients recevant des opioïdes puissants pour le soulagement de la douleur, ainsi que la reconnaissance et la prise en charge de la dépression respiratoire, y compris l'utilisation d'antagonistes des opioïdes.**

On doit avertir les patients de ne pas consommer d'alcool pendant qu'ils prennent **MS•IR**, car cela peut augmenter le risque d'éprouver des effets secondaires dangereux, y compris la mort.

Une hyperalgésie qui ne s'atténue pas à la suite de l'administration d'une dose supérieure de morphine pourrait se produire, particulièrement si les doses sont élevées. Il peut alors être nécessaire de réduire la dose de morphine ou de passer à un autre opioïde.

### **Abus et mésusage**

Comme c'est le cas de tous les opioïdes, **MS•IR** est un médicament ayant un potentiel d'abus et de mésusage pouvant entraîner une surdose et la mort. Par conséquent, **MS•IR** doit être prescrit et manipulé avec précaution.

Les patients devraient faire l'objet d'une évaluation des risques cliniques d'abus ou de toxicomanie avant que des opioïdes leur soient prescrits. On doit surveiller régulièrement les signes de mésusage ou d'abus chez tous les patients recevant des opioïdes.

Les opioïdes, comme **MS•IR**, doivent être administrés avec une prudence particulière chez les patients qui ont des antécédents d'abus d'alcool, de drogues illicites ou de médicaments d'ordonnance. Toutefois, les préoccupations relatives à l'abus, à la toxicomanie et au détournement du médicament ne doivent pas empêcher la prise en charge efficace de la douleur. Les comprimés **MS•IR** sont destinés à une utilisation par voie orale seulement. Les comprimés doivent être avalés entiers et ne doivent pas être mâchés ni écrasés. L'utilisation abusive des formes posologiques orales peut entraîner des effets indésirables graves, y compris la mort.

En cas d'abus par voie parentérale, on peut s'attendre à ce que les excipients du comprimé entraînent une nécrose tissulaire locale, une infection, des granulomes pulmonaires, et un risque accru d'endocardite et de lésions de valvules cardiaques, qui peuvent aussi entraîner la mort.

### **Appareil cardiovasculaire**

L'administration de morphine peut entraîner une hypotension grave chez les patients dont la capacité de maintenir une tension artérielle adéquate est compromise par une baisse du volume sanguin ou par l'administration concomitante de médicaments comme les phénothiazines et autres tranquillisants, les sédatifs/hypnotiques, les antidépresseurs tricycliques ou les anesthésiques généraux. Ces patients doivent être surveillés afin de déceler tout signe d'hypotension après l'instauration du traitement par **MS•IR** ou un ajustement de la dose.

L'utilisation de **MS•IR** chez les patients sous choc circulatoire doit être évitée, car cela pourrait provoquer une vasodilatation pouvant réduire davantage le débit cardiaque et la tension artérielle.

### **Dépendance et tolérance**

Comme c'est le cas pour les autres opioïdes, une tolérance et une dépendance physique peuvent se développer à la suite de l'administration répétée de morphine; son utilisation présente également un risque d'abus et de dépendance psychologique.

La dépendance physique et la tolérance sont le résultat de la neuroadaptation des récepteurs opioïdes liée à une exposition chronique au médicament et, de ce fait, elles sont différentes et distinctes de l'abus et de la toxicomanie. Une tolérance ainsi qu'une dépendance physique peuvent apparaître à la suite de l'administration répétée d'opioïdes; elles ne constituent pas en elles-mêmes un signe de toxicomanie ou d'abus.

En outre, l'abus d'opioïdes peut survenir en l'absence d'une vraie toxicomanie; il est caractérisé par une utilisation abusive à des fins non médicales, souvent en association avec d'autres substances psychoactives.

La dose des patients recevant un traitement prolongé devrait être diminuée graduellement lorsque le médicament n'est plus nécessaire pour soulager leur douleur. Des symptômes de sevrage peuvent survenir après l'interruption soudaine du traitement ou lors de l'administration d'un antagoniste opioïde. Les symptômes pouvant se manifester à la suite de l'arrêt soudain de la prise d'un analgésique opioïde comprennent notamment les courbatures, la diarrhée, la chair de poule, la perte d'appétit, les nausées, la nervosité ou l'agitation, l'anxiété, l'écoulement nasal, les étournements, les tremblements ou les frissons, les crampes d'estomac, la tachycardie, la difficulté à dormir, l'augmentation anormale de la transpiration, les palpitations, la fièvre inexplicquée, la faiblesse et les bâillements (voir **EFFETS INDÉSIRABLES** et **POSOLOGIE ET ADMINISTRATION, Ajustement ou réduction de la posologie**).

### **Utilisation en cas de toxicomanie et d'alcoolisme**

**MS•IR** est un opioïde dont l'utilisation n'est pas approuvée pour la prise en charge des troubles de toxicomanie. Son utilisation chez les personnes qui présentent une dépendance aux drogues ou à l'alcool, soit active, soit en rémission, est appropriée pour la prise en charge de la douleur nécessitant une analgésie opioïde. Les patients ayant des antécédents de toxicomanie ou d'alcoolisme peuvent être à risque plus élevé d'acquérir une dépendance à **MS•IR**; une extrême prudence et une sensibilisation sont de mise pour minimiser ce risque.

### **Système endocrinien**

**Insuffisance surrénalienne** : Des cas d'insuffisance surrénalienne liée à la prise d'opioïdes ont été signalés, la plupart du temps à la suite d'un usage de plus d'un mois. L'insuffisance surrénalienne peut se manifester par des signes et des symptômes non spécifiques comme les nausées, les vomissements, l'anorexie, la fatigue, la faiblesse, les étourdissements et une tension artérielle basse. Si l'on soupçonne la survenue d'une insuffisance surrénalienne, il faut confirmer le diagnostic dès que possible au moyen d'épreuves de laboratoire. Si l'insuffisance surrénalienne est confirmée, il faut la traiter par l'administration de doses de remplacement physiologique de corticostéroïdes. Il faut sevrer le patient de l'opioïde pour permettre à la

fonction surrénalienne de se rétablir et poursuivre la corticothérapie jusqu'à ce que la fonction surrénalienne soit rétablie. L'administration d'autres opioïdes peut être tentée, car des cas d'utilisation d'un opioïde différent sans récurrence de l'insuffisance surrénalienne ont été rapportés. Les renseignements disponibles ne permettent pas de déterminer s'il y a des opioïdes qui sont plus susceptibles que d'autres de causer une insuffisance surrénalienne.

### **Appareil digestif**

Il a été démontré que la morphine et autres opioïdes morphinomimétiques diminuent la motilité intestinale. La morphine peut masquer le diagnostic ou l'évolution clinique de l'état des patients souffrant de pathologies abdominales aiguës (voir **CONTRE-INDICATIONS**).

### **Syndrome de sevrage néonatal associé aux opioïdes**

L'utilisation prolongée d'un opioïde par la mère pendant la grossesse peut entraîner l'apparition de signes de sevrage chez le nouveau-né. Le syndrome de sevrage néonatal associé aux opioïdes, contrairement au syndrome de sevrage des opioïdes chez l'adulte, peut menacer le pronostic vital du nouveau-né.

Le syndrome de sevrage néonatal associé aux opioïdes se manifeste par une irritabilité, une hyperactivité et un rythme du sommeil perturbé, des cris perçants, des tremblements, des vomissements, une diarrhée et une absence de prise de poids. L'apparition, la durée et la gravité du syndrome de sevrage néonatal varient en fonction de l'opioïde utilisé, de la durée d'utilisation, de la date et de la quantité de la dernière dose reçue par la mère, et du taux d'élimination du médicament par le nouveau-né.

L'utilisation de **MS•IR** est contre-indiquée chez les femmes enceintes (voir **CONTRE-INDICATIONS**).

### **Système nerveux**

**Interactions avec les dépresseurs du système nerveux central (SNC) (incluant les benzodiazépines et l'alcool) :** On doit administrer la morphine uniquement avec prudence et à des doses réduites en cas d'administration concomitante avec d'autres analgésiques opioïdes, des anesthésiques généraux, des phénothiazines et autres tranquillisants, des sédatifs/hypnotiques, des antidépresseurs tricycliques, des antipsychotiques, des antihistaminiques, des benzodiazépines, des antiémétiques à action centrale, et d'autres dépresseurs du SNC. Une dépression respiratoire, une hypotension, ainsi qu'une sédation profonde, un coma ou la mort peuvent en résulter.

Des études d'observation ont démontré que l'utilisation concomitante d'analgésiques opioïdes et de benzodiazépines augmente le risque de mortalité d'origine médicamenteuse comparativement à l'utilisation d'analgésiques opioïdes seuls. En raison de la similarité de leurs propriétés pharmacologiques, il est raisonnable de supposer que la prise concomitante d'autres dépresseurs du SNC avec des analgésiques opioïdes comporte un risque similaire (voir **INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES**). Si un médecin prend la décision d'administrer une benzodiazépine ou un autre dépresseur du SNC conjointement avec un analgésique opioïde, il doit prescrire les plus faibles doses efficaces pour la période de prise concomitante la plus courte possible. Chez les patients qui prennent déjà un analgésique opioïde, il faut prescrire une dose initiale de benzodiazépine ou d'un autre dépresseur du SNC plus faible que celle indiquée en l'absence de



traitement concomitant par un opioïde et ajuster cette dose en fonction de la réponse clinique. Chez les patients qui prennent déjà une benzodiazépine ou un autre dépresseur du SNC, il faut administrer une dose initiale plus faible de l'analgésique opioïde, et ajuster la dose en fonction de la réponse clinique. Les patients doivent être surveillés étroitement afin de déceler les signes et les symptômes de dépression respiratoire et de sédation.

Il faut aviser les patients et les personnes soignantes des risques de dépression respiratoire et de sédation lorsque **MS•IR** est utilisé conjointement avec des benzodiazépines ou d'autres dépresseurs du SNC (y compris l'alcool et les drogues illicites). Il faut avertir les patients de ne pas conduire un véhicule et de ne pas faire fonctionner une machine tant que les effets de l'utilisation concomitante de la benzodiazépine ou d'un autre dépresseur du SNC n'ont pas été déterminés. Il faut dépister les patients exposés à un risque de toxicomanie, d'usage abusif ou de mésusage d'opioïdes, et les mettre en garde contre le risque de surdose et de décès associés à l'utilisation conjointe de dépresseurs du SNC, y compris l'alcool et les drogues illicites (voir **INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES**).

**MS•IR** ne doit pas être pris avec de l'alcool, puisque cette combinaison peut accroître la probabilité d'effets secondaires dangereux, y compris la mort (voir **CONTRE-INDICATIONS, EFFETS INDÉSIRABLES, Sédation, et INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES**).

La douleur intense antagonise les effets dépresseurs subjectifs et respiratoires des analgésiques opioïdes. Si la douleur disparaît soudainement, ces effets peuvent se manifester rapidement.

**Syndrome sérotoninergique :** L'administration concomitante de **MS•IR** et de médicaments sérotoninergiques (p. ex., antidépresseurs, antimigraineux) peut causer une affection rare, mais potentiellement mortelle. Si un tel syndrome survient (caractérisé par un ensemble de symptômes comme l'hyperthermie, la rigidité, la myoclonie, l'instabilité du système nerveux autonome pouvant s'accompagner de fluctuations rapides des signes vitaux, et l'altération de l'état mental comme la confusion, l'irritabilité et l'agitation extrême pouvant évoluer jusqu'au délire et au coma), il faut cesser le traitement par le médicament sérotoninergique et administrer un traitement symptomatique de soutien. **MS•IR** ne doit pas être administré en association avec des IMAO ou des précurseurs de la sérotonine (comme le L-tryptophane et l'oxitriptan) et doit être utilisé avec prudence chez les patients qui prennent conjointement d'autres médicaments sérotoninergiques (triptans, certains antidépresseurs tricycliques, lithium, tramadol et millepertuis) en raison du risque de syndrome sérotoninergique (voir **INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES**).

**Traumatisme crânien :** Les effets dépresseurs respiratoires de la morphine et la capacité d'élever la pression du liquide céphalorachidien peuvent augmenter grandement en présence d'une pression intracrânienne déjà élevée en raison d'un traumatisme. De plus, la morphine peut entraîner de la confusion, un myosis, des vomissements et d'autres effets indésirables qui masquent l'évolution clinique du traumatisme crânien. Chez ces patients, la morphine doit être utilisée avec une extrême prudence et uniquement si son administration est jugée essentielle (voir **CONTRE-INDICATIONS**).

**Crises épileptiques :** La morphine peut abaisser le seuil de crise chez les patients présentant des antécédents d'épilepsie.

### **Considérations périopératoires**

**MS•IR** n'est pas indiqué pour l'analgésie préventive (administration préopératoire pour le soulagement de la douleur postopératoire).

Les patients qui doivent subir une cordotomie ou toute autre intervention de soulagement de la douleur ne doivent pas être traités par **MS•IR** dans les 24 heures précédant l'intervention et ne doivent pas prendre **MS•IR** immédiatement après l'intervention.

Les médecins doivent personnaliser le traitement analgésique et passer de la voie parentérale à la voie orale, s'il y a lieu. Par la suite, si le traitement par **MS•IR** doit être poursuivi après le rétablissement du patient, il faut déterminer une nouvelle posologie qui répond aux nouveaux besoins du patient en matière de soulagement de la douleur. Le risque de sevrage chez les patients qui tolèrent les opioïdes doit être pris en charge conformément aux indications cliniques.

L'administration d'analgésiques au cours de la période périopératoire doit être assurée par des dispensateurs de soins médicaux dont la formation et l'expérience sont appropriées (par exemple, par un anesthésiste).

Il a été démontré que la morphine et d'autres opioïdes morphinomimétiques diminuent la motilité intestinale. L'iléus est une complication postopératoire courante, en particulier après une chirurgie intra-abdominale sous analgésie opioïde. Il faut surveiller attentivement les patients recevant des opioïdes après une intervention chirurgicale afin de déceler une diminution de la motilité intestinale et instaurer un traitement de soutien standard, le cas échéant.

**MS•IR** ne doit pas être administré peu de temps (de 12 à 24 heures) après une intervention chirurgicale à moins que le patient soit ambulatoire et que ses fonctions gastro-intestinales soient normales.

### **Déficience psychomotrice**

Il faut avertir les patients que **MS•IR** peut entraîner une diminution des capacités mentales ou physiques nécessaires à l'exécution de certaines activités potentiellement dangereuses, comme la conduite d'un véhicule ou l'utilisation d'une machine. Il convient également de mettre les patients en garde contre les effets combinés de la morphine et d'autres déprimeurs du SNC, y compris les autres opioïdes, les phénothiazines, les sédatifs/hypnotiques et l'alcool.

### **Appareil respiratoire**

**Dépression respiratoire** : On a signalé des cas de dépression respiratoire grave, menaçant le pronostic vital ou mortelle associée à l'utilisation des opioïdes, même aux doses recommandées. Si elle n'est pas détectée et traitée immédiatement, la dépression respiratoire causée par l'utilisation des opioïdes peut entraîner un arrêt respiratoire et la mort. La prise en charge de la dépression respiratoire dépend de l'état clinique du patient et peut comprendre l'observation attentive du patient, des mesures de soutien et l'utilisation d'antagonistes des opioïdes. La morphine doit être utilisée avec une extrême prudence chez les patients ayant une réserve respiratoire nettement réduite ou souffrant de dépression respiration préexistante, d'hypoxie ou d'hypercapnie (voir **CONTRE-INDICATIONS**).

Bien qu'une dépression respiratoire grave, menaçant le pronostic vital ou mortelle puisse survenir à tout moment lors de l'utilisation de **MS•IR**, le risque est plus élevé à l'instauration du traitement ou à la suite d'une augmentation de la dose. Les patients doivent faire l'objet d'une surveillance étroite pour déceler les signes de dépression respiratoire lors de l'instauration du traitement par **MS•IR** et à la suite d'augmentations de la dose.

La dépression respiratoire menaçant le pronostic vital est plus susceptible de survenir chez les patients âgés, cachectiques ou affaiblis puisque chez ces patients, la pharmacocinétique ou la clairance du médicament peuvent être différentes de celles observées chez les patients plus jeunes et en meilleure santé.

Une posologie et un ajustement de la dose appropriés de **MS•IR** sont essentiels pour diminuer le risque de dépression respiratoire. Une surestimation de la dose de **MS•IR**, lorsque le patient passe d'un opioïde à un autre, peut entraîner une surdose mortelle dès la première dose. Chez ces patients, l'utilisation d'un analgésique non opioïde doit être envisagée, si possible (voir **MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS**, **Populations particulières**, **Groupes vulnérables**, et **POSOLOGIE ET ADMINISTRATION**).

**Utilisation chez les patients atteints de maladies pulmonaires chroniques :** On doit surveiller les patients souffrant d'une maladie pulmonaire obstructive chronique grave ou de cœur pulmonaire ainsi que les patients ayant une réserve respiratoire substantiellement réduite ou souffrant d'hypoxie, d'hypercapnie ou d'une dépression respiratoire préexistante afin de déceler les signes de dépression respiratoire, particulièrement lors de l'instauration du traitement par **MS•IR** et de l'ajustement de la dose, car chez ces patients, même les doses thérapeutiques habituelles de **MS•IR** pourraient réduire la pulsion respiratoire jusqu'à entraîner l'apnée. Chez ces patients, l'utilisation d'autres analgésiques non opioïdes doit être envisagée, si possible. L'utilisation de **MS•IR** est contre-indiquée chez les patients atteints d'asthme bronchique aigu ou grave, de trouble obstructif chronique des voies respiratoires ou d'état de mal asthmatique (voir **CONTRE-INDICATIONS**).

#### **Renseignements sur les conseils à donner aux patients :**

Une fiche de renseignements doit être fournie au patient au moment de lui remettre les comprimés **MS•IR**.

Le médecin doit donner les consignes suivantes aux patients qui reçoivent **MS•IR** :

1. Il faut informer les patients que l'ingestion accidentelle ou l'utilisation par des personnes (y compris les enfants) autres que le patient à qui le médicament a été prescrit peut entraîner des conséquences graves, voire mortelles.
2. Les patients doivent savoir que **MS•IR** contient de la morphine, un analgésique opioïde.
3. Les patients doivent savoir que **MS•IR** ne doit être pris que selon les consignes du médecin. Il ne faut pas modifier la dose de **MS•IR** sans avoir consulté un médecin.
4. Les comprimés **MS•IR** doivent être avalés entiers (ils ne doivent pas être coupés, brisés, mâchés, dissous ou écrasés) en raison du risque de surdose mortelle de morphine.

5. Il faut aviser les patients de signaler les épisodes de douleurs et les effets indésirables qui surviennent au cours du traitement. Il est essentiel de personnaliser la posologie afin d'utiliser ce médicament de façon optimale.
6. Les patients ne doivent pas combiner **MS•IR** avec de l'alcool ou d'autres dépresseurs du système nerveux central (somnifères, tranquillisants), car des effets additifs dangereux peuvent survenir et entraîner des troubles graves ou la mort.
7. Il est recommandé aux patients de consulter leur médecin ou leur pharmacien s'ils prennent ou s'ils prévoient prendre d'autres médicaments en association avec **MS•IR**.
8. Il faut avertir les patients traités par **MS•IR** que si une interruption du traitement est indiquée, il peut être approprié de réduire progressivement la dose de **MS•IR** plutôt que de la supprimer soudainement, en raison des risques d'apparition des symptômes de sevrage.
9. Les patients doivent être informés que les effets indésirables les plus fréquents liés à **MS•IR** sont la constipation, les étourdissements, l'hyperhidrose, les nausées, la sédation et les vomissements.
10. Il faut aviser les patients que **MS•IR** peut causer de la somnolence, des étourdissements ou une sensation de tête légère, ainsi qu'une diminution des capacités physiques et mentales nécessaires à l'exécution de tâches potentiellement dangereuses (p. ex., la conduite d'un véhicule et l'utilisation d'une machine). Il faut conseiller aux patients qui commencent à prendre **MS•IR** ou dont la dose a été ajustée de ne pas conduire un véhicule et de ne pas faire fonctionner une machine, à moins de tolérer les effets de **MS•IR**.
11. Il faut aviser les patients que **MS•IR** pourrait causer des convulsions s'ils présentent un risque de convulsions ou s'ils souffrent d'épilepsie. On doit conseiller à de tels patients d'utiliser **MS•IR** avec soin. On doit conseiller aux patients d'arrêter de prendre **MS•IR** s'ils présentent des convulsions pendant la prise de **MS•IR**, et d'obtenir immédiatement une aide médicale.
12. Les patients doivent être avertis que **MS•IR** est un médicament lié à un risque de toxicomanie. Il faut protéger le médicament contre le vol ou l'utilisation abusive.
13. Les patients doivent savoir que **MS•IR** ne doit jamais être administré à une autre personne que celle à qui le médicament a été prescrit.
14. Il faut aviser les femmes en âge de procréer qui deviennent enceintes ou qui prévoient le devenir de consulter un médecin avant de commencer ou de continuer à prendre **MS•IR**. Les femmes qui allaitent ou qui sont enceintes ne doivent pas prendre **MS•IR**.

### **Fonction sexuelle/reproduction**

L'utilisation prolongée d'opioïdes peut être associée à une diminution du taux des hormones sexuelles et à des symptômes tels qu'une baisse de la libido, une dysfonction érectile ou une infertilité (voir **EFFETS INDÉSIRABLES**, **Pharmacovigilance**).

### **Populations particulières**

**Groupes vulnérables** : La morphine doit être administrée avec prudence aux patients ayant des antécédents de surconsommation d'alcool, de convulsions et de toxicomanie, et la posologie doit être réduite chez les personnes âgées ou affaiblies, les patients dont la fonction hépatique est réduite ou qui sont atteints d'insuffisance rénale grave, d'insuffisance pulmonaire grave, de la

maladie d'Addison, de troubles des voies biliaires, d'hypotension accompagnée d'hypovolémie, d'hypothyroïdie, de myxœdème, de psychose toxique, d'une hypertrophie de la prostate ou d'un rétrécissement urétral.

**Femmes enceintes** : Aucune étude n'a été réalisée chez l'humain. **MS•IR** traverse la barrière placentaire et est contre-indiqué chez les femmes enceintes (voir **CONTRE-INDICATIONS**).

L'utilisation prolongée des opioïdes par la mère pendant la grossesse peut entraîner l'apparition de signes de sevrage chez le nouveau-né. Le syndrome de sevrage néonatal associé aux opioïdes, contrairement au syndrome de sevrage des opioïdes chez l'adulte, peut menacer le pronostic vital du nouveau-né (voir **MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS**, **Syndrome de sevrage néonatal associé aux opioïdes**, et **EFFETS INDÉSIRABLES, Pharmacovigilance**).

Les femmes enceintes qui utilisent des opioïdes ne doivent pas interrompre leur traitement abruptement, car une telle approche pourrait entraîner des complications pour la grossesse comme une fausse couche ou la naissance d'un enfant mort-né. Il convient de réduire lentement la dose, sous la supervision d'un médecin, afin d'éviter les effets indésirables graves pour le fœtus.

**Travail, accouchement et femmes qui allaitent** : Étant donné que les opioïdes peuvent traverser la barrière placentaire et qu'ils sont excrétés dans le lait maternel, **MS•IR** est contre-indiqué chez les femmes qui allaitent, ainsi que durant le travail et l'accouchement. L'administration d'opioïdes à la mère peut entraîner une dépression respiratoire menaçant le pronostic vital chez le nouveau-né. La naloxone, un médicament pouvant contrer les effets des opioïdes, doit être à portée de main si **MS•IR** est administré à une patiente de cette population.

**Enfants (< 18 ans)** : L'innocuité et l'efficacité de **MS•IR** n'ont pas été étudiées chez les enfants. Par conséquent, l'utilisation de **MS•IR** n'est pas recommandée chez les patients de moins de 18 ans.

**Personnes âgées (> 65 ans)** : En général, la dose doit être déterminée avec prudence chez une personne âgée et il convient de commencer par la plus faible dose de la gamme posologique et de l'augmenter progressivement, en tenant compte de la fréquence plus élevée d'altération de la fonction hépatique, rénale ou cardiaque, des maladies concomitantes ou des autres traitements médicamenteux (voir **POSOLOGIE ET ADMINISTRATION** et **MODE D'ACTION ET PHARMACOLOGIE CLINIQUE**, **Populations et pathologies particulières**, **Personnes âgées**).

Les patients de plus de 50 ans ont généralement besoin de doses de morphine beaucoup plus faibles que les patients plus jeunes. On doit administrer la morphine avec prudence et à des doses réduites aux personnes âgées ou affaiblies. La dose initiale devrait être la moitié de la dose habituelle recommandée.

**Patients atteints d'insuffisance hépatique** : Il est recommandé de diminuer la dose chez les patients atteints d'insuffisance hépatique grave en raison du risque d'effets toxiques (voir **MODE D'ACTION ET PHARMACOLOGIE CLINIQUE**, **Populations et pathologies particulières**, **Insuffisance hépatique**).

**Patients atteints d'insuffisance rénale** : Il est recommandé de diminuer la dose chez les patients atteints d'insuffisance rénale grave en raison du risque d'effets toxiques (voir **MODE D'ACTION ET PHARMACOLOGIE CLINIQUE, Populations et pathologies particulières, Insuffisance rénale**).

## **EFFETS INDÉSIRABLES**

### **Aperçu des effets indésirables du médicament**

Les effets indésirables de **MS•IR**<sup>®</sup> (comprimés de sulfate de morphine) sont similaires à ceux des autres analgésiques opioïdes et représentent une extension des effets pharmacologiques de cette classe de médicaments. Les principaux risques associés aux opioïdes comprennent la dépression respiratoire et la dépression du système nerveux central et, dans une moindre mesure, la dépression circulatoire, l'arrêt respiratoire, l'état de choc et l'arrêt cardiaque.

Les effets secondaires le plus souvent observés avec **MS•IR** sont les suivants : constipation, étourdissements, hyperhidrose, nausées, sédation et vomissements.

**Sédation** : La sédation est un effet indésirable fréquent des analgésiques opioïdes, en particulier chez les patients qui en prennent pour la première fois. La sédation peut également s'expliquer en partie par le soulagement de la douleur persistante qui permet souvent aux patients de récupérer après une fatigue prolongée. La plupart des patients développent une tolérance aux effets sédatifs des opioïdes en trois à cinq jours et, si la sédation n'est pas trop marquée, ne nécessiteront pas de traitement autre que des paroles rassurantes. Si une sédation excessive persiste au-delà de quelques jours, la dose d'opioïde doit être réduite et les autres causes possibles de sédation doivent être recherchées, par exemple : administration concomitante d'un agent dépresseur du SNC, insuffisance hépatique ou rénale, métastases au cerveau, hypercalcémie ou insuffisance respiratoire. S'il est nécessaire de réduire la dose, on peut l'augmenter à nouveau avec prudence après trois ou quatre jours s'il est évident que la douleur n'est pas bien maîtrisée. Les étourdissements et l'instabilité peuvent être causés par une hypotension orthostatique, particulièrement chez les patients âgés ou affaiblis, et ils peuvent être soulagés si le patient s'allonge. En raison de la clairance plus lente du médicament chez les patients de plus de 50 ans, la dose appropriée dans ce groupe d'âge pourrait être la moitié, ou moins, de la dose habituelle chez les sujets plus jeunes.

**Nausées et vomissements** : Les nausées sont un effet secondaire qui se produit fréquemment à l'instauration d'un traitement par des analgésiques opioïdes; elles seraient dues à l'activation de la zone de déclenchement des chimiorécepteurs, à la stimulation du système vestibulaire et au ralentissement de la vidange gastrique. La prévalence des nausées diminue quand on maintient le traitement par l'analgésique opioïde. Quand on instaure un traitement opioïde prolongé pour le soulagement de la douleur chronique, on doit envisager de prescrire systématiquement un antiémétique. Chez le patient atteint de cancer, la recherche des causes des nausées devrait comprendre la constipation, l'occlusion intestinale, l'urémie, l'hypercalcémie, l'hépatomégalie, l'invasion tumorale du plexus cœliaque et l'utilisation concomitante de médicaments aux propriétés émétogènes. Des nausées persistantes qui ne répondent pas à une réduction de la posologie peuvent être dues à une stase gastrique induite par les opioïdes et peuvent s'accompagner d'autres symptômes, dont l'anorexie, la satiété précoce, les vomissements et la

sensation de plénitude gastrique. Ces symptômes répondent au traitement chronique par des agents procinétiques gastro-intestinaux.

**Constipation** : Pratiquement tous les patients souffrent de constipation lorsqu'ils prennent des opioïdes sur une base régulière. Chez certains patients, en particulier chez les personnes âgées ou alitées, un fécalome peut se développer. Il est essentiel d'avertir le patient de cette possibilité et d'instaurer un régime approprié d'hygiène intestinale au début d'un traitement analgésique prolongé par des opioïdes. Des laxatifs stimulants, des émoullients fécaux et autres mesures appropriées seront utilisés au besoin. Puisqu'un fécalome peut se présenter sous forme de diarrhée par regorgement, on doit exclure la présence de constipation chez les patients recevant un opioïde avant d'instaurer un traitement contre la diarrhée.

Les effets indésirables suivants peuvent se produire avec la prise de **MS•IR** et d'autres analgésiques opioïdes. Ces effets indésirables sont classés par système organique et par fréquence selon les définitions suivantes : très fréquents ( $\geq 1/10$ ); fréquents ( $\geq 1/100$  à  $< 1/10$ ); peu fréquents ( $\geq 1/1000$  à  $< 1/100$ ); rares ( $\geq 1/10\ 000$  à  $< 1/1000$ ); très rares ( $< 1/10\ 000$ ) et fréquence inconnue (fréquence ne pouvant être estimée à partir des données recueillies).

**Troubles généraux et réactions au point d'administration :**

*Fréquents* : asthénie, fatigue, malaise, prurit, faiblesse, sédation

*Peu fréquents* : œdème périphérique

*Fréquence inconnue* : tolérance au médicament, syndrome de sevrage des opioïdes, syndrome de sevrage néonatal associé aux opioïdes

**Troubles cardiaques :**

*Rares* : évanouissements, palpitations

*Fréquence inconnue* : tachycardie supraventriculaire, bradycardie

**Troubles auriculaires et labyrinthiques :**

*Peu fréquents* : vertiges

**Troubles endocriniens :**

*Fréquence inconnue* : un syndrome de sécrétion inappropriée d'hormone antidiurétique caractérisé par une hyponatrémie secondaire à l'excrétion réduite de l'eau libre peut être important (une surveillance des électrolytes peut être nécessaire).

**Troubles oculaires :**

*Peu fréquents* : troubles visuels

*Fréquence inconnue* : myosis

**Troubles gastro-intestinaux :**

*Très fréquents* : constipation, nausées

*Fréquents* : douleurs abdominales, anorexie, sécheresse de la bouche, vomissements

*Peu fréquents* : dyspepsie, iléus, altération du goût

**Troubles hépatiques et biliaires :**

*Peu fréquents* : augmentation des enzymes hépatiques

*Fréquence inconnue* : douleurs biliaires, exacerbation d'une pancréatite

**Troubles du système immunitaire :**

*Peu fréquents* : hypersensibilité

*Fréquence inconnue* : réaction anaphylactique, réaction anaphylactoïde

**Troubles du système nerveux :**

*Fréquents* : étourdissements, céphalées, contractions musculaires involontaires, somnolence

*Peu fréquents* : convulsions, hypertonie, paresthésie, syncope, myoclonie

*Fréquence inconnue* : hyperalgésie

**Troubles psychiatriques :**

*Fréquents* : confusion, insomnie

*Peu fréquents* : agitation, euphorie, hallucinations, altération de l'humeur

*Fréquence inconnue* : pharmacodépendance, dysphorie, troubles de la pensée

**Troubles rénaux et urinaires :**

*Peu fréquents* : rétention urinaire

*Fréquence inconnue* : spasme de l'urètre

**Troubles respiratoires, thoraciques et médiastinaux :**

*Peu fréquents* : bronchospasme, œdème pulmonaire, dépression respiratoire

*Fréquence inconnue* : diminution de la toux

**Troubles de l'appareil reproducteur et des seins :**

*Fréquence inconnue* : aménorrhée, baisse de la libido, dysfonction érectile

**Troubles de la peau et des tissus sous-cutanés :**

*Fréquents* : hyperhidrose, éruption cutanée

*Peu fréquents* : urticaire

**Troubles vasculaires :**

*Peu fréquents* : bouffées vasomotrices, hypotension

*Fréquence inconnue* : hypertension

**Pharmacovigilance**

**Déficiences androgéniques :** L'utilisation prolongée d'opioïdes peut influencer sur l'axe hypothalamo-hypophysio-gonadique, entraînant une déficience androgénique qui peut se manifester par une faible libido, une impuissance, une dysfonction érectile, une aménorrhée ou une infertilité. Le rôle causal que jouent les opioïdes dans l'apparition du syndrome clinique d'hypogonadisme demeure inconnu, car les divers facteurs de stress médicaux, physiques, psychologiques et liés au mode de vie qui peuvent influencer sur les taux d'hormones gonadiques n'ont pas été adéquatement contrôlés dans le cadre des études menées à ce jour. Les patients qui présentent des symptômes de déficience androgénique doivent subir des épreuves de laboratoire.

**INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES**



## Aperçu

**Interaction avec les benzodiazépines et d'autres dépresseurs du SNC :** En raison de l'effet pharmacologique additif, l'utilisation concomitante de benzodiazépines ou d'autres dépresseurs du SNC (par exemple, d'autres opioïdes, des sédatifs, des hypnotiques, des antidépresseurs, des anxiolytiques, des tranquillisants, des myorelaxants, des anesthésiques généraux, des antipsychotiques, des phénothiazines, des neuroleptiques, des antihistaminiques, des antiémétiques et l'alcool) et de bêtabloquants augmente le risque de dépression respiratoire, de sédation profonde, de coma et de décès. L'administration concomitante de ces médicaments doit être réservée aux patients chez qui les options thérapeutiques de rechange ne conviennent pas. Il faut limiter la dose et la durée du traitement au minimum nécessaire. Il convient de surveiller étroitement les signes et les symptômes de dépression respiratoire et de sédation chez ces patients (voir **MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS**, **Système nerveux**, **Interactions avec les dépresseurs du SNC [incluant les benzodiazépines et l'alcool]** et **Déficiences psychomotrices**). **MS•IR** ne doit pas être pris avec de l'alcool, car cela peut augmenter le risque de subir des effets indésirables dangereux.

## Interactions médicament-médicament

En général, il est possible de contrer les effets de la morphine à l'aide d'acidifiants et de les potentialiser avec des alcalinisants. L'analgésie produite par la morphine est amplifiée par les amphétamines, la chlorpromazine et le méthocarbamol.

La morphine peut augmenter l'activité anticoagulante de la coumarine ainsi que celle d'autres anticoagulants.

**Administration conjointe avec des opioïdes à activité mixte agoniste/antagoniste :** Les analgésiques opioïdes agonistes/antagonistes mixtes (c.-à-d. la pentazocine, la nalbuphine, le butorphanol et la buprénorphine) doivent être administrés avec prudence aux patients qui ont reçu ou qui reçoivent un traitement par un analgésique opioïde agoniste pur comme la morphine. Dans ce cas, les analgésiques agonistes/antagonistes mixtes peuvent atténuer l'effet analgésique de la morphine et/ou précipiter les symptômes de sevrage chez ces patients.

**IMAO :** Les inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO) intensifient les effets des médicaments opioïdes, ce qui peut entraîner de l'anxiété, de la confusion et une dépression respiratoire. **MS•IR** est contre-indiqué chez les patients qui reçoivent des IMAO ou qui en ont pris dans les 14 jours précédents (voir **CONTRE-INDICATIONS**).

**Agents sérotoninergiques :** L'administration concomitante de sulfate de morphine et d'un agent sérotoninergique, comme un inhibiteur sélectif du recaptage de la sérotonine ou un inhibiteur du recaptage de la sérotonine et de la noradrénaline, peut accroître le risque de syndrome sérotoninergique, un trouble pouvant menacer le pronostic vital (voir **MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS**, **Système nerveux**).

## Interactions médicament-aliment

Les interactions avec les aliments n'ont pas été établies

## Interactions médicament-plante médicinale

Les interactions avec les produits à base de plantes médicinales n'ont pas été établies.

### **Interactions médicament-épreuves de laboratoire**

Les effets du médicament sur les résultats des épreuves de laboratoire n'ont pas été établis.

### **Interactions médicament-mode de vie**

La consommation concomitante d'alcool doit être évitée (voir **MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS, Généralités**).

## **POSOLOGIE ET ADMINISTRATION**

**Pour une utilisation contre la douleur aiguë, il est recommandé d'administrer MS•IR pendant un maximum de sept (7) jours à la dose la plus faible offrant un soulagement adéquat de la douleur.**

**Toutes les doses d'opioïdes comportent un risque inhérent d'effets indésirables mortels ou non mortels. Ce risque augmente avec la dose. Pour la prise en charge de la douleur chronique non cancéreuse et non palliative, il est recommandé de ne pas dépasser 90 mg de MS•IR® (comprimés de sulfate de morphine à libération immédiate). Il faut évaluer le risque chez chaque patient avant de prescrire MS•IR, car la probabilité d'effets indésirables graves peut dépendre du type d'opioïde, de la durée du traitement, de l'intensité de la douleur de même que du niveau de tolérance du patient. De plus, il faut évaluer systématiquement le niveau de douleur pour connaître la dose la plus appropriée et savoir s'il faut poursuivre l'utilisation de MS•IR (voir POSOLOGIE ET ADMINISTRATION, Ajustement ou réduction de la posologie).**

**MS•IR doit être utilisé uniquement chez les patients pour qui les autres options thérapeutiques (p. ex., analgésiques non opioïdes) sont inefficaces ou ne sont pas tolérées.**

**Les comprimés MS•IR doivent être avalés entiers. Le fait de couper, briser, écraser, mâcher ou dissoudre les comprimés MS•IR peut entraîner des effets indésirables dangereux, y compris la mort (voir MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS).**

### **Considérations posologiques**

L'administration et la posologie de la morphine doivent être individualisées en tenant compte des propriétés du médicament. Il faut de plus tenir compte de la nature et de l'intensité de la douleur, ainsi que de l'état général du patient. Il faut accorder une importance particulière aux médicaments administrés auparavant ou de façon concomitante.

Comme c'est le cas pour d'autres analgésiques opioïdes, l'utilisation de la morphine pour soulager la douleur persistante doit être précédée d'une évaluation approfondie de l'état du patient ainsi que du diagnostic de la douleur spécifique et de ses causes. L'utilisation d'opioïdes pour soulager les douleurs chroniques comme la douleur cancéreuse, si importante soit-elle, ne doit représenter qu'une partie de la démarche visant à traiter la douleur, qui doit comprendre également d'autres modes de traitement ou d'autres médicaments, des mesures non médicamenteuses et un soutien psychosocial.

Les comprimés **MS•IR**<sup>®</sup> (sulfate de morphine) doivent être utilisés avec prudence dans les 12 heures précédant une intervention chirurgicale et dans les 12 à 24 heures suivant l'intervention (voir **MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS**, **Considérations périopératoires**).

Il n'est pas indiqué d'administrer **MS•IR** par voie rectale.

Les comprimés **MS•IR** doivent être pris avec un verre d'eau.

### **Posologie recommandée et ajustement posologique**

**Adultes :** Les besoins posologiques varient considérablement d'un patient à l'autre en fonction de l'âge et du poids, de l'intensité de la douleur et des antécédents médicaux et analgésiques du patient.

La dose initiale la plus fréquente est de 10 mg, par voie orale, toutes les 4 heures au besoin pour la douleur aiguë et toutes les 4 heures en administration continue pour la douleur chronique, ou tel que prescrit par le médecin.

**Patients ne recevant pas d'opioïdes au moment de l'instauration du traitement par la morphine :** La dose initiale habituelle de **MS•IR** pour les patients adultes qui n'ont jamais reçu d'analgésiques opioïdes est de 5 mg ou de 10 mg, par voie orale, toutes les 4 heures.

**Patients recevant actuellement des opioïdes :** Pour les patients qui reçoivent un autre opioïde, il faut déterminer « l'équivalent oral de sulfate de morphine » de l'analgésique utilisé actuellement. Après avoir déterminé la dose quotidienne totale de l'analgésique actuellement utilisé, on peut consulter le tableau 1 pour calculer la dose orale quotidienne approximative de sulfate de morphine qui devrait procurer une analgésie équivalente. Habituellement, il est approprié de traiter un patient avec un seul opioïde à la fois. Des réductions de dose additionnelles doivent être envisagées en raison de la tolérance croisée incomplète entre les opioïdes.

**Utilisation avec des médicaments non opioïdes :** Si le patient reçoit déjà un analgésique non opioïde, on peut continuer à l'administrer. Si on l'arrête toutefois, on devra envisager d'augmenter la dose d'opioïde pour compenser l'analgésique non opioïde. On peut utiliser **MS•IR** en toute sécurité de façon concomitante avec les posologies habituelles d'analgésiques non opioïdes.

**Rotation des opioïdes :** Les taux de conversion des opioïdes sont sujets à des variations cinétiques gouvernées par des facteurs génétiques et autres. Quand un opioïde est remplacé par un autre, il faut envisager de **réduire la dose calculée de 25 à 50 %** pour réduire au minimum le risque de surdose. Ensuite, la dose peut être augmentée, au besoin, jusqu'à la dose d'entretien adéquate.

**Tableau 1 : Tableau de conversion des opioïdes<sup>a</sup>**

<b>Opioïde</b>	<b>Pour convertir en équivalent morphine orale</b>	<b>Pour convertir depuis l'équivalent morphine orale, multiplier par</b>	<b>Dose équivalent à 90 mg de morphine par jour</b>
Morphine	1	1	90 mg
Codéine	0,15	6,67	600 mg
Hydromorphone	5	0,2	18 mg
Oxycodone	1,5	0,667	60 mg
Tapentadol	0,3-0,4	2,5-3,33	300 mg
Tramadol	0,1-0,2	6	***
Méthadone	La dose en équivalent morphine n'est pas établie de façon fiable		

\*\*\* La dose maximum recommandée de tramadol est de 300 mg à 400 mg selon la préparation.

a. D'après les Recommandations canadiennes 2017 sur l'utilisation des opioïdes pour le traitement de la douleur chronique non cancéreuse. Université McMaster; 2017.

**Patients de plus de 50 ans :** Les patients de plus de 50 ans ont généralement besoin de doses de morphine beaucoup plus faibles que les patients plus jeunes. Une dose appropriée dans ce groupe d'âge pourrait être la moitié, ou moins, de la dose habituelle des sujets plus jeunes.

**Patients affaiblis :** Chez les patients affaiblis, et en cas d'insuffisance respiratoire ou de réduction nette de la fonction hépatique et/ou rénale, la dose initiale devrait être la moitié de la dose habituelle recommandée.

**Patients âgés :** Une dépression respiratoire est survenue à la suite de l'administration de doses initiales élevées d'opioïdes à des patients âgés qui n'étaient pas tolérants aux opioïdes ou qui recevaient ce traitement conjointement avec d'autres médicaments pouvant causer une dépression respiratoire. Il convient de commencer l'administration de **MS•IR** par la plus faible dose de la gamme posologique et de l'augmenter graduellement (**voir MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS** et **MODE D'ACTION ET PHARMACOLOGIE CLINIQUE**).

**Ajustement posologique :** Le succès d'un traitement par un analgésique opioïde repose sur l'ajustement posologique. **L'optimisation de la posologie adaptée au soulagement de la douleur du patient devrait viser l'administration régulière de la plus faible dose qui**

**permettra d'atteindre l'objectif thérapeutique global qui est d'obtenir un soulagement satisfaisant de la douleur et des effets secondaires acceptables.**

Les ajustements posologiques doivent être basés sur la réponse clinique du patient.

**Ajustement ou réduction de la posologie :** La dépendance physique, accompagnée ou non d'une dépendance psychologique, a tendance à apparaître lors de l'administration prolongée des opioïdes, y compris **MS•IR**. Des symptômes de sevrage (abstinence) peuvent se manifester après l'arrêt soudain du traitement. Ces symptômes comprennent les courbatures, la diarrhée, la chair de poule, la perte d'appétit, les nausées, la nervosité ou l'agitation, l'écoulement nasal, les étournements, les tremblements ou les frissons, les crampes d'estomac, la tachycardie, la difficulté à dormir, une augmentation anormale de la transpiration, les palpitations, une fièvre inexplicable, la faiblesse et les bâillements.

Une fois qu'on a obtenu le soulagement satisfaisant de la douleur intense, on tentera de façon périodique de réduire la dose d'opioïde. Des doses plus faibles ou l'arrêt complet sont parfois possibles en raison d'un changement de l'état physique ou mental du patient. Les patients recevant un traitement prolongé doivent être sevrés progressivement si le médicament n'est plus nécessaire pour soulager la douleur. Chez les patients traités adéquatement par des analgésiques opioïdes et chez qui le retrait du médicament est graduel, ces symptômes sont habituellement légers (voir **MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS**). La réduction de la dose doit être faite en fonction de chaque patient et sous la supervision d'un médecin.

Le patient doit être informé du fait que la diminution de la dose d'opioïde et/ou l'arrêt d'un tel traitement réduisent sa tolérance à ces médicaments. Si le traitement doit être repris par la suite, le patient doit instaurer le traitement à la plus faible dose et l'augmenter graduellement afin d'éviter une surdose.

Il est possible que les analgésiques opioïdes ne soient que partiellement efficaces pour soulager la douleur dysesthésique, l'algie postzostérienne, la douleur lancinante, la douleur liée à une activité et certaines formes de céphalées. On ne doit pas en conclure qu'il ne faut pas faire un essai adéquat de traitement opioïde chez les patients atteints d'un cancer à un stade avancé et souffrant de l'une ou l'autre de ces formes de douleurs, mais il peut être nécessaire d'envisager d'autres formes de soulagement de la douleur assez rapidement chez ces sujets.

### **Dose oubliée**

Si le patient oublie de prendre une ou plusieurs doses, il doit prendre la dose suivante à l'heure prévue et selon la quantité normale.

### **Élimination**

**MS•IR** doit être conservé dans un endroit sûr, comme un endroit fermé à clé et hors de la vue et de la portée des enfants, avant, pendant et après son utilisation. **MS•IR** ne doit pas être pris devant des enfants, car ceux-ci pourraient reproduire le geste.

**MS•IR ne doit jamais être jeté dans les ordures ménagères.** On recommande d'avoir recours au programme de récupération offert par les pharmacies pour l'élimination du médicament. Les comprimés **MS•IR** non utilisés ou périmés doivent être éliminés de façon adéquate dès qu'ils ne

sont plus nécessaires pour éviter que d'autres personnes soient exposées accidentellement au médicament, y compris les enfants et les animaux de compagnie. **MS•IR** ne doit pas être partagé avec d'autres personnes, et il est recommandé de prendre les mesures nécessaires afin de le protéger contre le vol et le mésusage. Au besoin, on recommande au patient de consulter un pharmacien pour connaître les options d'entreposage temporaire jusqu'à ce que le médicament soit retourné à la pharmacie où on l'éliminera de façon sécuritaire.

## SURDOSAGE

Pour la prise en charge d'une surdose soupçonnée de médicament, communiquez avec le centre antipoison de votre région.

**Symptômes :** Un surdosage grave de morphine peut se caractériser par une dépression respiratoire (diminution de la fréquence et/ou du volume respiratoire, respiration de Cheyne-Stokes, cyanose), des étourdissements, une confusion, une somnolence extrême s'aggravant jusqu'à la stupeur ou au coma, une pneumonie par aspiration, un myosis, une rhabdomyolyse évoluant en insuffisance rénale, une hypotonie, une peau froide ou moite et, parfois, une bradycardie et une hypotension. Les pupilles en pointe d'aiguille (micropupilles) sont un signe de surdose narcotique, mais ne sont pas pathognomoniques (p. ex., des lésions pontiques d'origine hémorragique ou ischémique peuvent donner des résultats semblables). Une mydriase marquée plutôt qu'un myosis peut accompagner l'hypoxie dans le contexte d'une surdose de morphine. Une surdose grave peut provoquer une apnée, un collapsus circulatoire, un arrêt cardiaque et la mort.

**Traitement :** On verra tout d'abord à établir un échange respiratoire adéquat en assurant la perméabilité des voies respiratoires et en instaurant une ventilation contrôlée ou assistée. Le chlorhydrate de naloxone, un antagoniste des opioïdes, est un antidote spécifique contre la dépression respiratoire due à un surdosage ou résultant d'une sensibilité inhabituelle à la morphine. On devrait donc administrer une dose appropriée de l'antagoniste, de préférence par voie intraveineuse. La dose intraveineuse initiale habituelle de naloxone chez l'adulte est de 0,4 mg ou plus. On procédera en même temps à la réanimation respiratoire. Comme la durée d'action de la morphine peut excéder celle de l'antagoniste, le patient doit rester sous surveillance constante et les doses d'antagoniste doivent être répétées au besoin pour maintenir une bonne respiration.

On ne doit pas administrer d'antagoniste en l'absence de dépression respiratoire ou cardiovasculaire cliniquement significative. L'oxygène, les solutés intraveineux, les vasopresseurs et autres mesures de soutien doivent être utilisés au besoin.

Chez les patients physico-dépendants aux opioïdes, l'administration de la dose habituelle d'un antagoniste opioïde déclenchera un syndrome de sevrage aigu. La gravité de ce syndrome sera fonction du degré de dépendance physique du patient et de la dose d'antagoniste administrée. Il faut éviter l'utilisation d'un antagoniste opioïde chez ces patients dans la mesure du possible. Si l'utilisation d'un antagoniste opioïde est nécessaire pour traiter une dépression respiratoire grave chez un patient présentant une dépendance physique, il faut l'administrer avec une extrême

prudence en commençant par une dose plus faible, soit 10 à 20 % de la dose initiale recommandée, que l'on augmentera progressivement par la suite.

L'évacuation du contenu gastrique peut s'avérer utile pour éliminer toute quantité de médicament non absorbée par l'organisme.

## **MODE D'ACTION ET PHARMACOLOGIE CLINIQUE**

### **Mode d'action**

La morphine est un analgésique opioïde qui exerce un effet agoniste sur certains récepteurs opioïdes saturables spécifiques dans le SNC et dans d'autres tissus. Chez l'humain, la morphine produit toute une gamme d'effets, y compris l'analgésie, la constipation due à une diminution de la motilité gastro-intestinale, la suppression du réflexe de la toux, la dépression respiratoire due à une baisse de la réponse du centre respiratoire au CO<sub>2</sub>, les nausées et les vomissements par stimulation de la zone de déclenchement des chimiorécepteurs, les changements d'humeur, notamment l'euphorie et la dysphorie, la sédation, l'obscurcissement des capacités mentales et des altérations du système endocrinien et du système nerveux autonome.

### **Pharmacodynamie**

La morphine est un agoniste opioïde. Des doses adéquates soulageront les douleurs mêmes les plus intenses. Au point de vue clinique toutefois, des limites posologiques sont imposées par les réactions indésirables, essentiellement la dépression respiratoire, les nausées et les vomissements, qui peuvent être associées aux doses élevées.

**Appareil cardiovasculaire :** La morphine peut entraîner la libération d'histamine associée ou non à une vasodilatation périphérique. Les manifestations de la libération d'histamine ou de la vasodilatation périphérique sont notamment le prurit, les bouffées vasomotrices, une rougeur oculaire, la transpiration et l'hypotension orthostatique.

**Système nerveux central :** Chez l'humain, les principales actions pharmacologiques de la morphine ont lieu dans le SNC; analgésie, somnolence, changements d'humeur, torpeur, dépression respiratoire, nausées ou vomissements et myosis.

La morphine entraîne une dépression respiratoire en agissant directement sur les centres respiratoires du tronc cérébral. La dépression respiratoire est attribuable à une diminution de la réponse des centres respiratoires du tronc cérébral à des augmentations de la tension de CO<sub>2</sub> et à la stimulation électrique.

La morphine a un effet dépresseur sur le réflexe de la toux en agissant directement sur le centre de la toux dans le bulbe rachidien. Des effets antitussifs peuvent se manifester à des doses inférieures à celles qui sont généralement requises pour obtenir l'analgésie.

La morphine entraîne un myosis, même dans l'obscurité totale. Les pupilles en pointe d'aiguille (micropupilles) sont un signe de surdose narcotique, mais ne sont pas pathognomoniques (p. ex., des lésions pontiques d'origine hémorragique ou ischémique peuvent donner des résultats

semblables). Plutôt qu'un myosis, on peut observer une mydriase marquée accompagnée d'une hypoxie dans un contexte de surdose de morphine.

**Système endocrinien :** Les opioïdes peuvent influencer sur les axes hypothalamo-hypophyso-surrénalien ou hypothalamo-hypophyso-gonadique. Parmi les changements observés, on constate une augmentation de la concentration sérique de prolactine et une diminution des concentrations plasmatiques de cortisol et de testostérone. Des signes et des symptômes cliniques dus à ces changements hormonaux peuvent se manifester.

**Appareil digestif et autres muscles lisses :** La morphine cause une diminution de la motilité associée à une augmentation du tonus des muscles lisses dans l'antre de l'estomac et dans le duodénum. La digestion des aliments dans l'intestin grêle est retardée et les contractions propulsives sont diminuées. Les ondes péristaltiques propulsives du côlon diminuent, alors que le tonus augmente jusqu'au spasme, entraînant la constipation. Une diminution des sécrétions gastrique, biliaire et pancréatique, un spasme du sphincter d'Oddi et des élévations passagères du taux d'amylase sérique sont parmi les autres effets induits par les opioïdes.

**Système immunitaire :** Les études *in vitro* et les études expérimentales sur les animaux indiquent que les opioïdes ont divers effets sur les fonctions immunitaires, selon le contexte dans lequel ils sont utilisés. La signification clinique de ces constatations est inconnue.

### **Relation entre la concentration et l'efficacité**

L'analgésie induite par la morphine est le résultat de l'augmentation du seuil de la douleur et de la tolérance à la douleur. La morphine modifie la réaction affective du patient à sa douleur; le sujet est conscient de son état, mais il est moins désemparé. La morphine soulage la plupart des types de douleur, mais son action est plus marquée contre les douleurs constantes et sourdes que contre les douleurs intermittentes et aiguës.

### **Relation entre la concentration et les effets indésirables**

Il existe une relation significative entre l'augmentation des concentrations plasmatiques de morphine et l'augmentation de la fréquence des réactions indésirables aux opioïdes liées à la dose, comme les nausées, les vomissements, les effets sur le SNC et la dépression respiratoire. Chez les patients qui tolèrent les opioïdes, la situation peut être modifiée par le développement d'une tolérance à l'égard des effets secondaires liés aux opioïdes.

La dose de **MS•IR** doit être personnalisée (voir **POSOLOGIE ET ADMINISTRATION**), car la dose analgésique efficace adaptée à certains patients sera trop élevée pour être tolérée par d'autres patients.

### **Pharmacocinétique**

**Absorption :** La morphine est rapidement absorbée quand elle est administrée par voie orale, par voie rectale ou en injection sous-cutanée ou intramusculaire.

**Distribution :** Une fois absorbée, la morphine se distribue dans les muscles squelettiques, les reins, le foie, le tractus intestinal, les poumons, la rate et le cerveau. Le volume de distribution de la morphine est d'environ 3 à 4 L/kg. La morphine se lie de façon réversible aux protéines



plasmatiques dans une proportion de 30 à 35 %. Bien que le principal site d'action de la morphine soit le SNC, seules de faibles quantités parviennent à traverser la barrière hématoencéphalique. La morphine traverse également la membrane placentaire (voir **MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS**) et a été décelée dans le lait maternel.

**Métabolisme :** En raison du métabolisme de « premier passage » dans le foie, l'effet d'une dose administrée par voie orale est moindre que celui d'une dose administrée par voie parentérale. Administrée de façon régulière, la morphine orale a une puissance équivalente au tiers de la puissance d'une injection intramusculaire. Les principales voies du métabolisme de la morphine comprennent la glucuronoconjugaison dans le foie, qui produit des métabolites dont le morphine-3-glucuronide ou M3G (environ 50 %) et le morphine-6-glucuronide ou M6G (environ 5 à 15 %), ainsi que la sulfatation dans le foie, qui produit le sulfate de morphine-3-éthéré. Une petite fraction (moins de 5 %) de la morphine est déméthylée. Le M3G ne contribue pas de façon significative à l'effet analgésique. Bien que le M6G ne traverse pas facilement la barrière hématoencéphalique, il a été démontré qu'il exerce des effets agonistes opioïdes et analgésiques chez l'humain.

**Élimination :** La morphine est excrétée principalement dans l'urine sous forme de morphine-3-glucuronide. La formation de métabolites des glucuronides est moins importante lorsque la morphine est administrée par voie rectale comparativement à la voie orale. Environ 7 à 10 % d'une dose de morphine est excrétée dans les selles par l'intermédiaire de la bile.

### **Populations et pathologies particulières**

**Enfants :** Les personnes de moins de 18 ans ne doivent pas prendre les comprimés **MS•IR**.

**Personnes âgées :** En général, la dose doit être déterminée avec prudence chez une personne âgée et il convient de commencer par la plus faible dose de la gamme posologique et de l'augmenter progressivement, en tenant compte de la fréquence plus élevée d'altération de la fonction hépatique, rénale ou cardiaque, des maladies concomitantes ou des autres traitements médicamenteux.

**Insuffisance hépatique :** La pharmacocinétique de la morphine est significativement altérée chez les patients atteints de cirrhose alcoolique. La clairance de la morphine est ralentie chez cette population, ce qui entraîne une augmentation correspondante de la demi-vie. Le rapport d'aire sous la courbe (ASC) plasmatique entre le M3G et le M6G d'une part et la morphine d'autre part est également réduit chez ces patients, ce qui indique une diminution de l'activité métabolique. Aucune étude adéquate sur la pharmacocinétique de la morphine n'a été menée chez les patients atteints d'insuffisance hépatique grave.

**Insuffisance rénale :** La pharmacocinétique de la morphine est altérée chez les patients atteints d'insuffisance rénale. L'ASC de la morphine augmente et sa clairance ralentit. Les métabolites M3G et M6G s'accumulent dans une proportion plusieurs fois plus élevée chez les patients atteints d'insuffisance rénale que chez les témoins en bonne santé. Aucune étude adéquate sur la pharmacocinétique de la morphine n'a été menée chez les patients atteints d'insuffisance rénale grave.

## **CONSERVATION ET STABILITÉ**

Conserver les comprimés à la température ambiante (15 °C à 30 °C), dans un endroit sec.

## **INSTRUCTIONS PARTICULIÈRES DE MANIPULATION**

Sans objet.

## **FORMES POSOLOGIQUES, COMPOSITION ET CONDITIONNEMENT**

### **Formes posologiques**

Les comprimés **MS•IR**<sup>®</sup> (sulfate de morphine) à 5 mg sont des comprimés ronds, sécables, blancs, portant l'impression 5 d'un côté et PF de l'autre.

Les comprimés **MS•IR**<sup>®</sup> (sulfate de morphine) à 10 mg sont des comprimés ronds, sécables, blancs, portant l'impression 10 d'un côté et PF de l'autre.

Les comprimés **MS•IR**<sup>®</sup> (sulfate de morphine) à 20 mg sont des comprimés ronds, sécables, blancs, portant l'impression 20 d'un côté et PF de l'autre.

Les comprimés **MS•IR**<sup>®</sup> (sulfate de morphine) à 30 mg sont des comprimés ronds, sécables, blancs, portant l'impression 30 d'un côté et PF de l'autre.

### **Composition**

**MS•IR**<sup>®</sup> (comprimés de sulfate de morphine, toutes teneurs) contient les ingrédients non médicinaux suivants : croscarmellose sodique, hydroxypropylméthylcellulose, lactose, stéarate de magnésium, cellulose microcristalline et polyéthylène glycol 400.

### **Conditionnement**

Les comprimés sont offerts en flacons de plastique opaque de 60 comprimés et en plaquettes calendriers de 25 comprimés.

## PARTIE II : RENSEIGNEMENTS SCIENTIFIQUES

### RENSEIGNEMENTS PHARMACEUTIQUES

#### Substance pharmaceutique

**Nom commun :** sulfate de morphine

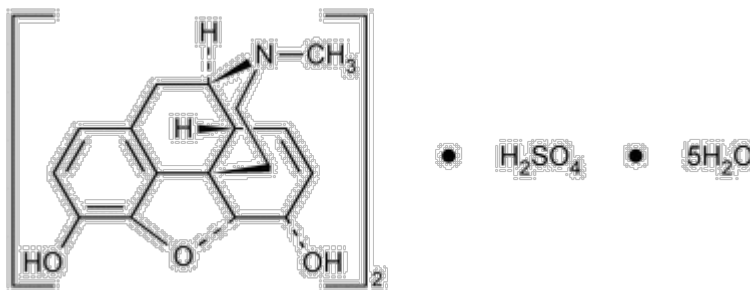
**Nom chimique :** sulfate 7,8-didéhydro-4,5 $\alpha$ -époxy-17-méthylmorphinan-3,6 $\alpha$ -diol (2:1), pentahydrate (sel)

**Formule moléculaire :** (C<sub>17</sub>H<sub>19</sub>NO<sub>3</sub>) • H<sub>2</sub>SO<sub>4</sub> • 5H<sub>2</sub>O

**Poids moléculaire :** 758,8 (forme pentahydrate)  
668,8 (forme anhydre)

**Formule développée :**

**Figure 1 : Formule développée – sulfate de morphine**



**Propriétés physico-chimiques :** La morphine est un alcaloïde phénanthrène extrait de l'opium.

**Description physique :** Poudre cristalline ou cristaux en aiguilles blancs et inodores

**Solubilité :** Soluble dans l'eau (1:21) et dans l'éthanol (1:1000); pratiquement insoluble dans l'éther et le chloroforme.

**Point de fusion :** Environ 250 °C (se décompose sous forme anhydre).

## RÉFÉRENCES

1. Bianchi G, Ferretti P, Recchia M, Rocchetti M, Tavani A, Manara L. Morphine tissue levels and reduction of gastrointestinal transit in rats. Correlation supports primary action site in the gut. *Gastroenterology* 1983;85:852-8.
2. Brunk SF, Delle M. Morphine metabolism in man. *Clin Pharmacol Ther* 1974;16:51-7.
3. Bullingham RE, Moore RA, Symonds HW, Allen MC, Baldwin D, McQuay HJ. A novel form of dependency of hepatic extraction ratio of opioids in vivo upon the portal vein concentration of drug: comparison of morphine, diamorphine, fentanyl, methadone and buprenorphine in the chronically cannulated cow. *Life Sci* 1984;34:2047-56.
4. Dickson PH, Lind A, Studts P, Nipper HC, Makoid M, [Therkildsen D](#). The routine analysis of breast milk for drugs of abuse in a clinical toxicology laboratory. *J Forensic Sci* 1994;39(1):207-14.
5. Comité consultatif expert sur la conduite à tenir vis-à-vis de la douleur chronique intense chez les cancéreux, Santé et Bien-être social Canada. Douleurs cancéreuses : Une monographie sur la conduite à tenir vis-à-vis de la douleur cancéreuse. Ministère des Approvisionnement et Services Canada, 1987. N° de cat. H42-2/5-1984E.
6. Comité des politiques de la santé, American College of Physicians: Drug therapy of severe, chronic pain in terminal illness. *Arch Intern Med* 1983;99:870-3.
7. Jaffee JH, Martin WR. Opioid analgesics and antagonists. Dans : Goodman LS, Gilman A, Gilman AG, éditeurs. *The Pharmacological Basis of Therapeutics*. 6<sup>e</sup> éd. New York : Macmillan Press; 1980. p. 494-534.
8. Knodell RG, Farleigh RM, Steele NM, Bond JH. Effects of liver congestion on hepatic drug metabolism in the rat. *J Pharmacol Exp Ther* 1982;221:52-7.
9. Misra AL. Metabolism of opiates. Dans : Adler ML, Manara L, Samanin R, editors. *Factors affecting the action of narcotics*. New York : Raven Press; 1978. p. 297-343.
10. Moore A, Sear J, Baldwin D, Allen M, Hunnise A, Bullingham R, McQuay H. Morphine kinetics during and after renal transplantation. *Clin Pharmacol Ther* 1984;35:641-5.
11. Nieminen TH, Hagelberg NM, Saari TI, Neuvonen M, Neuvonen PJ, Laine K, et al. Grapefruit juice enhances the exposure to oral oxycodone. *Basic Clin Pharmacol Toxicol* 2010;107:782-8.
12. Nieminen TH, Hagelberg NM, Saari TI, Neuvonen M, Laine K, Neuvonen PJ, et al. St. John's wort greatly reduces the concentrations of oral oxycodone. *Eur J Pain* 2010;14: 854-9.

13. Patwardhan RV, Johnson RF, Hoyumpa A Jr., Sheehan JJ, Desmond PV, Wilkinson GR, Branch RA, Schenker S. Normal metabolism of morphine in cirrhosis. *Gastroenterology* 1981;81:1006-11.
14. Portenoy RK. Chronic opioid therapy in non-malignant pain. *J Pain Symptom Manage* 1990;5:S46-S62.
15. Portenoy RK, Foley KM, Intrussisi CE. The nature of opioid responsiveness and its implications for neuropathic pain: new hypotheses derived from studies of opioid infusions. *Pain* 1990;43:273-86.
16. Principles of analgesic use in the treatment of acute pain and cancer pain. 3<sup>e</sup> éd. Illinois : American Pain Society; 1992.
17. Stewart JJ, Weisbrodt NW, Burks TF. Central and peripheral actions of morphine on intestinal transit. *J Pharmacol Exp Ther* 1978;205:547-55.
18. Stimmel B. Pain, analgesia and addiction: the pharmacologic treatment of pain. New York : Raven Press, 1983.
19. Twycross RG, Lack SA. Symptom control in far advanced cancer: pain relief. London : Pitman; 1983.
20. États-Unis. Management of Cancer Pain Guideline Panel. Management of cancer pain. Rockville (MD) : U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research, 1994. Publication n° AHCPR94-0592.
21. Vandenberghe HM, Soldin SJ, MacLeod SM. Pharmacokinetics of morphine: a review. *Ther Drug Monit* 1982;11:1-5.
22. Wall PD, Melzack R, éditeurs. Textbook of pain. 3<sup>e</sup> éd. New York : Churchill Livingstone;1994.
23. Walsh TD. Opiates and respiratory function in advanced cancer. *Recent Results Cancer Res* 1984;89:115-7.

# LISEZ CE DOCUMENT POUR ASSURER UNE UTILISATION SÉCURITAIRE ET EFFICACE DE VOTRE MÉDICAMENT

## RENSEIGNEMENTS POUR LE PATIENT SUR LE MÉDICAMENT

**N<sup>o</sup>MS•IR®**

**Comprimés de sulfate de morphine à libération immédiate**

Lisez attentivement ce qui suit avant de commencer à prendre **MS•IR** et lors de chaque renouvellement de votre ordonnance. L'information présentée ici est un résumé et ne couvre pas tout ce qui a trait à ce médicament. Parlez de votre état médical et de votre traitement à votre professionnel de la santé et demandez-lui s'il possède de nouveaux renseignements au sujet de **MS•IR**.

### Mises en garde et précautions importantes

- **Même si vous prenez MS•IR comme il vous a été prescrit, il existe un risque de toxicomanie, d'abus et de mésusage lié à l'utilisation des opioïdes pouvant entraîner une surdose et la mort.**
- **Lorsque vous prenez MS•IR, vous devez avaler le comprimé entier. Vous ne devez pas couper, briser, écraser, mâcher ou dissoudre le comprimé, car cela peut être dangereux et entraîner un trouble grave ou la mort.**
- **Des problèmes respiratoires mettant la vie en danger peuvent survenir lorsque vous prenez MS•IR, mais cela est moins susceptible de se produire si vous prenez ce médicament comme vous l'a prescrit votre médecin. Les nourrissons sont exposés à un risque de problèmes respiratoires menaçant leur pronostic vital si leur mère utilise des opioïdes durant la grossesse ou l'allaitement.**
- **Vous ne devez jamais donner MS•IR à quelqu'un d'autre, car cela pourrait causer sa mort. Même une dose unique de MS•IR, prise par une personne à qui il n'a pas été prescrit, peut entraîner une surdose mortelle. Ceci est encore plus susceptible de se produire chez les enfants.**
- **Si vous prenez MS•IR alors que vous êtes enceinte, pendant une période courte ou longue, à des doses faibles ou élevées, votre enfant risque de présenter des symptômes de sevrage mettant sa vie en danger. Ces symptômes peuvent apparaître dans les jours qui suivent la naissance de votre enfant et pendant une période allant jusqu'à quatre semaines après l'accouchement. Si votre enfant présente l'un ou l'autre des symptômes suivants :**
  - **il ne respire pas normalement (respiration faible, difficile ou rapide);**
  - **il est particulièrement difficile à calmer;**
  - **il a des tremblements (il est agité);**
  - **il a des selles, des éternuements, des bâillements ou des vomissements plus fréquents, ou il a de la fièvre;****obtenez immédiatement une aide médicale pour votre enfant.**
- **La prise de MS•IR en même temps que d'autres médicaments opioïdes, des benzodiazépines, de l'alcool ou d'autres déprimeurs du système nerveux central (y compris des drogues illicites) peut entraîner une somnolence grave, une diminution de la vigilance, des troubles respiratoires, un coma ou la mort.**

## **Pourquoi MS•IR est-il utilisé?**

**MS•IR** est un médicament utilisé pour soulager la douleur.

## **Comment MS•IR agit-il?**

**MS•IR** contient de la morphine, qui est un analgésique appartenant à la classe de médicaments appelés opioïdes et qui comprend aussi la codéine, le fentanyl, l'hydromorphone et l'oxycodone. Il soulage la douleur en agissant sur des cellules nerveuses spécifiques de la moelle épinière et du cerveau.

## **Quels sont les ingrédients de MS•IR?**

Ingrédient médicinal : sulfate de morphine

Ingrédients non médicinaux : croscarmellose sodique, hydroxypropylméthylcellulose, lactose, stéarate de magnésium, cellulose microcristalline et polyéthylène glycol 400

## **MS•IR est offert sous les formes qui suivent :**

Comprimés à libération immédiate **MS•IR** : 5 mg, 10 mg, 20 mg et 30 mg

## **Ne prenez pas MS•IR si :**

- votre médecin ne vous a pas prescrit ce médicament;
- vous êtes allergique à la morphine ou à tout autre ingrédient de **MS•IR**;
- votre douleur peut être soulagée par l'utilisation occasionnelle d'autres classes d'analgésiques, y compris les médicaments obtenus sans ordonnance;
- vous souffrez d'asthme grave, de troubles respiratoires ou d'autres problèmes pulmonaires;
- vous souffrez de troubles cardiaques;
- vous présentez une obstruction intestinale ou un rétrécissement de l'estomac ou des intestins;
- vous avez une douleur intense à l'abdomen;
- vous souffrez d'un traumatisme crânien;
- vous présentez un risque de convulsions;
- vous avez une tumeur au cerveau;
- vous êtes alcoolique;
- vous prenez, ou avez pris au cours des 2 dernières semaines, un inhibiteur de la monoamine oxydase (IMAO) (p. ex., du sulfate de phénelzine, du sulfate de tranlylcypromine, du moclobémide ou de la sélégiline);
- vous devez subir une chirurgie ou avez récemment subi une chirurgie planifiée;
- vous êtes enceinte ou prévoyez le devenir, ou vous accouchez;
- vous allaitez.

**Consultez votre professionnel de la santé avant de prendre MS•IR afin de prévenir tout effet secondaire et d'assurer la bonne utilisation du médicament. Mentionnez à votre professionnel de la santé tous vos problèmes de santé, notamment :**

- si vous avez des antécédents d'abus de drogues illicites, de médicaments d'ordonnance ou d'alcool;
- si vous êtes atteint d'une maladie rénale, hépatique ou pulmonaire grave;
- si vous êtes atteint d'une maladie cardiaque;
- si votre tension artérielle est basse;
- si vous souffrez ou avez déjà souffert de dépression;
- si vous souffrez de constipation chronique ou intense;
- si vous avez des problèmes au niveau de la thyroïde, des glandes surrénales ou de la prostate;
- si vous souffrez ou avez déjà souffert d'hallucinations ou d'autres problèmes mentaux graves;
- si vous souffrez de migraines;
- si vous prévoyez devenir enceinte.

### **Autres mises en garde à connaître**

**Dépendance et toxicomanie relatives aux opioïdes :** Il y a d'importantes différences entre la dépendance physique et la toxicomanie. Il est important de consulter votre médecin si vous avez des questions ou des préoccupations concernant l'abus, la toxicomanie ou la dépendance physique.

**Grossesse, allaitement, travail et accouchement :** N'utilisez pas **MS•IR** pendant la grossesse, l'allaitement, le travail ou l'accouchement. Les opioïdes peuvent être transmis à votre bébé alors qu'il est encore dans votre ventre, ou par le lait maternel après l'accouchement. **MS•IR** peut entraîner des problèmes respiratoires menaçant le pronostic vital chez le fœtus ou le nourrisson nourrit au sein.

Si vous êtes enceinte et que vous prenez **MS•IR**, il est important de ne pas cesser de prendre ce médicament de façon soudaine. Vous pourriez provoquer une fausse couche ou mettre au monde un enfant mort-né. Votre médecin vous expliquera comment cesser graduellement de prendre **MS•IR**, sous sa supervision, de façon à éviter des effets nuisibles graves pour l'enfant à naître.

**Conduite d'un véhicule et opération de machines :** Abstenez-vous d'exécuter des tâches exigeant une attention particulière jusqu'à ce que vous connaissiez les effets de **MS•IR** sur vous. **MS•IR** peut causer :

- de la somnolence;
- des étourdissements;
- une sensation de tête légère.

En général, ces effets peuvent se produire après la première dose ou après une augmentation de la dose.

**Troubles des glandes surrénales :** Une insuffisance surrénalienne pourrait apparaître, c'est-à-dire un trouble qui touche les glandes surrénales et dans lequel celles-ci ne produisent plus certaines hormones en quantités suffisantes. Vous pourriez présenter des symptômes tels que :

- nausées, vomissements;
- sensation de fatigue, faiblesse ou étourdissements;
- diminution de l'appétit.

Vous pourriez être plus susceptible de présenter un trouble des glandes surrénales si vous prenez des opioïdes depuis plus de un (1) mois. Votre médecin pourrait procéder à des tests, vous prescrire un autre médicament ou diminuer graduellement votre dose de **MS•IR**.

**Syndrome sérotoninergique :** **MS•IR** peut causer un syndrome sérotoninergique, un trouble rare mais potentiellement fatal qui peut occasionner des modifications graves dans le fonctionnement de votre



cerveau, de vos muscles et de votre appareil digestif. Un syndrome sérotoninergique pourrait apparaître si vous prenez **MS•IR** en association avec certains antidépresseurs ou antimigraineux.

Les symptômes du syndrome sérotoninergique comprennent :

- fièvre, transpiration, frissons, diarrhée, nausées, vomissements;
- soubresauts, raideurs, secousses ou spasmes musculaires, réflexes aigus, perte de coordination;
- fréquence cardiaque rapide, modifications de la tension artérielle;
- confusion, agitation, hallucinations, sautes d'humeur, perte de conscience et coma.

**Fonction sexuelle/reproduction** : L'utilisation d'opioïdes à long terme peut entraîner une diminution des taux d'hormones sexuelles. Elle pourrait aussi occasionner une réduction de la libido (désir d'avoir des relations sexuelles), une dysfonction érectile ou l'infertilité.

**Veillez informer votre professionnel de la santé de tous les produits médicinaux que vous prenez, y compris les médicaments, les vitamines, les minéraux, les suppléments naturels et les produits de médecine douce.**

**Les produits suivants pourraient interagir avec MS•IR :**

- l'alcool, y compris les médicaments vendus avec ou sans ordonnance qui contiennent de l'alcool. **Vous ne devez pas** consommer d'alcool pendant que vous prenez **MS•IR**, car cela peut entraîner :
  - de la somnolence;
  - une respiration anormalement lente ou faible;
  - des effets secondaires graves; ou
  - une surdose mortelle;
- d'autres médicaments sédatifs pouvant augmenter la somnolence causée par **MS•IR**;
- d'autres analgésiques opioïdes (médicaments utilisés pour soulager la douleur);
- les anesthésiques généraux (médicaments utilisés pendant une intervention chirurgicale);
- les benzodiazépines (médicaments qui aident à dormir ou à diminuer l'anxiété);
- les antidépresseurs (médicaments utilisés pour traiter la dépression et les troubles de l'humeur). **Ne prenez pas MS•IR** en même temps qu'un inhibiteur de la monoamine oxydase (IMAO) ou si vous avez pris un IMAO dans les 14 derniers jours;
- les médicaments utilisés pour traiter les troubles mentaux ou affectifs graves, comme la schizophrénie;
- les anticonvulsivants (médicaments utilisés pour traiter les crises d'épilepsie);
- les antihistaminiques (médicaments contre les allergies);
- les antiémétiques (médicaments utilisés pour prévenir les vomissements);
- les médicaments utilisés pour traiter les spasmes musculaires et les maux de dos;
- certains médicaments pour le cœur (comme les bêtabloquants);
- les anticoagulants (les médicaments qui éclaircissent le sang);
- les médicaments utilisés pour traiter les migraines (comme les triptans);
- le millepertuis.

## Comment prendre MS•IR :

Prenez les comprimés **MS•IR** :

- de façon régulière, généralement toutes les 4 à 6 heures ou selon les directives de votre médecin;
- avec un grand verre d'eau.

**Avalez le comprimé entier. Vous ne devez pas couper, briser, écraser, mâcher ou dissoudre le comprimé, car cela pourrait être dangereux et pourrait causer un trouble grave ou la mort.**

## Dose initiale habituelle chez l'adulte :

La dose prescrite est personnalisée, c'est-à-dire qu'elle a été calculée juste pour vous. Assurez-vous de suivre les directives posologiques de votre médecin à la lettre. N'augmentez pas la dose et ne la diminuez pas sans avoir consulté votre médecin.

Votre médecin vous prescrira la plus faible dose efficace pour maîtriser votre douleur. Il est recommandé de ne pas prendre **MS•IR** pendant plus de sept (7) jours. Si vous devez prendre **MS•IR** pendant plus longtemps, votre médecin déterminera quelle est la meilleure dose qui vous convient pour réduire le risque d'effets secondaires ou de surdose. Des doses plus élevées peuvent être associées à davantage d'effets secondaires et à un risque accru de surdose.

Réévaluez votre douleur régulièrement avec votre médecin pour déterminer si vous avez toujours besoin de **MS•IR**. Assurez-vous d'utiliser **MS•IR** seulement pour le problème pour lequel il a été prescrit.

Si votre douleur augmente ou si des effets secondaires se manifestent pendant que vous prenez **MS•IR**, communiquez immédiatement avec votre médecin.

## Arrêt du traitement :

Il ne faut pas arrêter soudainement la prise de **MS•IR** si vous le prenez depuis plus de quelques jours. Votre médecin vous expliquera comment cesser graduellement de prendre **MS•IR**, sous sa supervision. Vous devez diminuer graduellement la dose avant de cesser complètement de prendre le médicament pour éviter l'apparition de symptômes incommodes comme :

- les courbatures;
- la diarrhée;
- la chair de poule;
- la perte d'appétit;
- les nausées;
- la nervosité ou l'agitation;
- l'écoulement nasal;
- les éternuements;
- les tremblements ou les frissons;
- les crampes d'estomac;
- les battements cardiaques rapides (tachycardie);
- les troubles du sommeil;
- l'augmentation inhabituelle de la transpiration;

- les palpitations cardiaques;
- la fièvre inexpliquée;
- la faiblesse;
- les bâillements.

Si vous réduisez ou interrompez votre traitement par un opioïde, l'accoutumance de votre corps à ce traitement diminuera. Si vous reprenez le traitement, vous devrez le faire à la dose la plus faible. Une surdose est possible si vous recommencez le traitement avec la dernière dose prise avant de cesser graduellement de prendre **MS•IR**.

### **Renouvellement de votre ordonnance de MS•IR :**

Une nouvelle ordonnance écrite de votre médecin est nécessaire chaque fois que vous avez épuisé votre réserve de **MS•IR**. Il est donc important de communiquer avec votre médecin avant que votre réserve actuelle soit épuisée.

Seul le médecin responsable de votre traitement doit vous prescrire ce médicament. Ne demandez pas à un autre médecin de vous remettre une ordonnance pour ce médicament, à moins que vous changiez de médecin pour prendre en charge votre douleur.

### **Surdose :**

Si vous croyez avoir pris une dose trop élevée de **MS•IR**, communiquez immédiatement avec votre professionnel de la santé, le service des urgences d'un hôpital ou le centre antipoison de votre région, même si vous ne présentez pas de symptômes.

Les signes d'une surdose peuvent comprendre :

- une respiration anormalement lente ou faible;
- des étourdissements;
- de la confusion;
- une somnolence extrême.

### **Dose oubliée :**

Si vous oubliez de prendre une dose, prenez-la dès que possible. Cependant, s'il est presque temps de prendre votre prochaine dose, sautez la dose oubliée. Ne prenez jamais deux doses à la fois. Si vous oubliez de prendre plusieurs doses de suite, parlez-en à votre médecin avant de reprendre le traitement.

### **Quels sont les effets secondaires qui pourraient être associés à MS•IR?**

Ces effets ne constituent pas tous les effets secondaires possibles de **MS•IR**. Si vous ressentez des effets secondaires qui ne font pas partie de cette liste, communiquez avec votre professionnel de la santé.

Voici certains des effets secondaires :

- somnolence;
- insomnie;
- étourdissements;

- évanouissement;
- nausées, vomissements ou perte d'appétit;
- sécheresse de la bouche;
- maux de tête;
- troubles de la vue;
- faiblesse ou manque de coordination des mouvements musculaires;
- démangeaisons;
- transpiration;
- constipation;
- faible libido, impuissance (dysfonction érectile), infertilité.

Discutez avec votre médecin ou votre pharmacien au sujet des moyens de prévenir la constipation lorsque vous amorcez un traitement par **MS•IR**.

<b>Effets secondaires graves et mesures à prendre</b>				
Symptôme/effet		Communiquez avec votre professionnel de la santé		Cessez de prendre le médicament et obtenez immédiatement des soins médicaux
		Seulement dans les cas graves	Dans tous les cas	
<b>RARE</b>	<b>Surdose</b> : hallucinations, confusion, incapacité à marcher normalement, respiration lente ou faible, somnolence extrême, sédation ou étourdissements, muscles mous/faible tonus musculaire, peau froide et moite			√
	<b>Dépression respiratoire</b> : respiration lente, superficielle ou faible			√
	<b>Réaction allergique</b> : éruption cutanée, urticaire, enflure du visage, des lèvres, de la langue ou de la gorge, difficulté à avaler ou à respirer			√
	<b>Occlusion intestinale (fécalome)</b> : douleur abdominale, constipation grave, nausées			√
	<b>Sevrage</b> : nausées, vomissements, diarrhée, anxiété, frissons, peau froide et moite, courbatures, perte d'appétit, transpiration		√	
	<b>Rythme cardiaque rapide, lent ou irrégulier</b> : palpitations cardiaques		√	
	<b>Tension artérielle basse</b> : étourdissements, évanouissements, sensation de tête légère	√		
	<b>Syndrome sérotoninergique</b> : agitation ou nervosité, perte du contrôle musculaire ou contractions musculaires, tremblements, diarrhée			√

Si vous présentez un symptôme ou un effet secondaire incommodant qui n'est pas mentionné ici, ou que celui-ci s'aggrave au point de perturber vos activités quotidiennes, consultez votre professionnel de la santé.

### **Signalement des effets secondaires**

Nous vous encourageons à signaler tout effet secondaire grave ou imprévu à Santé Canada. Ces renseignements servent à vérifier si un produit est source de nouvelles préoccupations quant à son innocuité. En tant que consommateur, vous pouvez contribuer à l'amélioration de l'utilisation sécuritaire des produits de santé pour l'ensemble de la population.

#### **Trois façons de signaler :**

- faire une déclaration en ligne à [MedEffet](https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/medicaments-produits-sante/medeffet-canada.html) : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/medicaments-produits-sante/medeffet-canada.html>;
- téléphoner au numéro sans frais 1-866-234-2345;
- remplir un formulaire de déclaration des effets secondaires et le faire parvenir :
  - par télécopieur, au numéro sans frais : 1-866-678-6789 (sans frais); ou
  - par la poste : Programme Canada Vigilance  
Santé Canada  
Indice postal : 1908C  
Ottawa (Ontario)  
K1A 0K9

Des étiquettes affranchies et le formulaire de déclaration des effets secondaires sont disponibles sur le site Web de [MedEffet](https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/medicaments-produits-sante/medeffet-canada.html) (<https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/medicaments-produits-sante/medeffet-canada.html>).

*REMARQUE : Pour obtenir des renseignements relatifs à la prise en charge des effets secondaires, veuillez communiquer avec votre professionnel de la santé. Le Programme Canada Vigilance ne fournit pas de conseils médicaux.*

#### **Conservation :**

- **Gardez les comprimés MS•IR non utilisés ou périmés dans un endroit sûr afin de prévenir le vol, le mésusage ou une exposition accidentelle.**
- Conservez les comprimés à la température ambiante (15 à 30 °C), dans un endroit sec.
- **Gardez MS•IR sous clé, hors de la vue et de la portée des enfants et des animaux de compagnie.**
- **Ne prenez jamais de médicaments en présence de jeunes enfants, car ils pourraient décider de vous imiter. L'ingestion accidentelle de MS•IR par un enfant est dangereuse et peut entraîner la mort. Si un enfant ingère accidentellement une dose de MS•IR, obtenez immédiatement des soins médicaux d'urgence.**

#### **Élimination :**

**MS•IR ne doit jamais être jeté dans les ordures ménagères, où des enfants ou des animaux de compagnie pourraient le trouver.** Il doit être rapporté à la pharmacie où il sera éliminé de façon sécuritaire.

#### **Pour en savoir davantage au sujet de MS•IR :**

- Communiquez avec votre professionnel de la santé.

Lisez la version intégrale des Renseignements thérapeutiques, rédigée à l'intention des professionnels de la santé. Celle-ci renferme également les Renseignements pour le patient sur le médicament. Vous pouvez les obtenir sur le site Web de Santé Canada (<https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/medicaments-produits-sante/medicaments/base-donnees-produits-pharmaceutiques.html>), sur le site du fabricant <http://www.purdue.ca>, ou encore, en composant le 1-800-387-4501.

Ce dépliant a été rédigé par Purdue Pharma.

Dernière révision : 26 février 2018

MS•IR® est une marque de commerce de Purdue Pharma.